



PLAN FOR

FYSIOTERAPITJENESTE

i

ETS kommuner

Et samarbeid mellom Evenes,

Tjeldsund og Skånland kommune

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	ORGANISERING OG MANDAT	3
2	HJEMMEL	5
2.1	LOVGRUNNLAG	5
2.2	OVERORDNET MÅLSETTING I KOMMUNENS PLANLEGGING	5
3	PRIVAT OG OFFENTLIG FYSIOTERAPITJENESTE	7
3.1	FINANSIERING AV FYSIOTERAPITJENESTEN I KOMMUNEN	7
3.2	PRIVAT PRAKSIS MED DRIFTSTILSKUDD	7
3.3	KOMMUNEFYSIOTERAPI	7
3.4	FYSIOTERAPEUTER UTEN DRIFTSAVTALE	8
4	FYSIOTERAPIENS Plass INNENFOR KOMMUNEHELSE TJENESTEER	8
4.1	DIAGNOSTISERING OG BEHANDLING	8
4.2	HABILITERING OG REHABILITERING	8
4.3	HELSEFREMMEDE ARBEID	9
4.4	HVOR OG NÅR KAN PRIVATPRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUTER MED KOMMUNAL	10
5	ULIKE BRUKERGRUPPERS BEHOV OG TILBUD	10
5.1	INNLEDNING	10
5.2	BARN	11
5.2.1	<i>Barn i førskolealder</i>	11
5.2.2	<i>Barn i skolealder</i>	11
5.3	VOKSNE OVER 18 ÅR OG ELDRE	12
5.3.1	<i>Tilbud i privat praksis med kommunal driftsavtale</i>	12
5.4	MENNESKER MED PSYKISKE OG PSYKOSOMATISKE LIDELSER	12
6	VOLUM PÅ TJENESTEN I DAG	12
6.1	DRIFTSAVTALER I PRIVAT PRAKSIS	12
6.2	KOMMUNEFYSIOTERAPEUTER	13
6.3	FYSIOTERAPIDEKNING I FORHOLD TIL ANDRE KOMMUNER I 2009	13
6.4	VENTETID FOR FYSIKALSK BEHANDLING	13
6.5	PRIORITERINGER	13
6.6	KOMPETANSE	14
7	KONKLUSJON	14
8	FRAMTIDIG BEHOV	16
9	VERTSKOMMUNEMODELL	16
10	HANDLINGSPLAN	17

1 ORGANISERING OG MANDAT

ETS¹ samarbeidsråd vedtok den 20.09.10, sak 21/10 følgende:

1. Foreliggende samarbeidsavtale mellom Evenes, Tjeldsund og Skånland om drift av felles fysioterapitjenesten reforhandles.
2. Individuelle avtaler med terapeutene sies opp og nye avtaler tilpasses foranstående.
3. Rådet forutsetter å bli holdt orientert om framdrift i saken

Rådmennene i ETS nedsatte arbeidsgruppa for å gjennomføre rådets vedtak. Gruppa fikk følgende sammensetning:

Fra Skånland: Gerd Larsen, rådgiver i adm. og saksbehandler for gruppa.

Fra Evenes: Gunnar Bergvik, enhetsleder helse og omsorg

Fra Tjeldsund: Eli Tyldum helse- og omsorgsjef

Prosjektleder for prosjekt "Kommunesamarbeid og lokalmedisinsk senter ETS", Janne Nilssen

ETS rådet ble den 11.05. orientert om framdriften og arbeidsgruppas metode for arbeid og vedtok følgende i sak 5/11:

1. ETS rådet tar utkast til plan for foreløpig orientering, og ber om at gitte kommentarer innarbeides i planen.
2. Revidert utkast sendes på høring til aktuelle instanser, SU inkludert.
3. ETS rådet behandler saken på nytt før saken sluttbehandles i den enkelte kommune.

I tillegg fikk arbeidsgruppa i oppdrag å beregne refusjon egenandel for kommunefysioterapeutstilling, utarbeide forslag til samarbeidsavtale mellom kommunene, forslag til vertskommuneløsning med styringsmessige fordeler/ulempes, vurdering av hjemmel for endring av organisasjonsform for fysioterapeutene.

Ut fra dette ble følgende framdriftsplan bestemt:

1. Ferdigstille forslag til plan.
2. Sende ut på høring til berørte parter, (driftsenhetene/fysio.)
3. Møte i SU for gjennomgang av forslaget og høringsutkastene
4. Rådet behandler saken på nytt
5. Politisk behandling i kommunene (eldreråd, råd for funksjonshemmede, formannskap, kommunestyre).

Arbeidsgruppa avvirket møter den 10.01, 21.02., 23.06., 21.09., og 03.10.11.

I innledende møte den 11.01. diskuterte gruppa arbeidsform, målsetting med tjenesten, organisering av tjenesten, kommunenes behov i kombinasjon fastlønnende fysioterapistillinger/driftstilskudd, tjenesten i sammenlignbare kommuner, hvordan fysioterapitjenesten har fungert, tilplikting, samarbeid mellom selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter og kommunene, samarbeidsutvalg, oppsigelser og reforhandling.

Det ble tatt kontakt med KS for råd og veiledning om rett måte for gjennomføring av samarbeidsrådets vedtak på.

¹ ETS: Evenes, Tjeldsund og Skånland

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i ETS rådets vedtak, dagens ordning både med hensyn til driftshjemler/befolkningsutvikling i kommunene/sammenlignbare kommuner og økonomi i det videre arbeid.

Forslag til planen ble sendt ut på høring den 24.06. med høringsfrist den 22.08. På grunn av ferieavvikling i kommunene, ble høringsfristen utvidet til 06.09. Høringsforslaget ble sendt til følgende:

Fysioterapi

Samarbeidsutvalg v/fysioterapeut Åse Elvemo, Asphaugen 4, 9440 Evenskjer
ETS fysioterapi v/fysioterapeut Åse Elvemo, Asphaugen 4, 9440 Evenskjer

Barnehager i Evenes, Tjeldsund og Skånland kommuner

- Bogen barnehage v/styrer Tove Solberg, boks 43, 8539 Bogen
- Liland barnehage v/Line Holtås Larsen, Lilandveien 233, 8534 Liland
- Oppvekst og kultur v/oppvekstsjef Rigmor Wangen, 9444 Hol i Tjeldsund
- Evenskjer Barnehage v/driftsleder Astrid P. Stensaker, 9440 Evenskjer
- Sandstrand barnehage v/driftsleder Vigdis Hågensen, Sandstrand, 9445 Tovik
- Ressan barnehage v/Solbjørg Borgan Berg, Øvre Ressan, 9446 Grovfjord
- Markomannak barnehage v/Vardobaiki BA Kjersti M. Balto, Planterhaug, 9440 Evenskjer

Barne- og ungdomsskoler i ETS

- Liland skole v/rector Kjersti Markussen, boks 43, 8539 Bogen
- Bogen skole, v/rector Kolbjørn Pettersen, boks 43, 8539 Bogen
- Oppvekst og kultur v/oppvekstsjef Rigmor Wangen, 9444 Hol i Tjeldsund
- Grov skole v/rector Vanja Elvenes, 9446 Grovfjord
- Skånland skole v/rector Sunniva Gabrielsen, 9440 Evenskjer
- Sandstrand skole v/rector Marit Stene, Sandstrand, 9445 Tovik
- Boltås skole v/Per Jan Pedersen, 9440 Evenskjer

Helse og omsorg i ETS kommuner

- Helse og omsorg v/helse og omsorgssjef v/Eli Tyldum, 9444 Hol i Tjeldsund
- Helse og omsorg v/helse og omsorgssjef Gunnar Bergvik, boks 43, 8539 Bogen
- Kommunelege I, Evenes og Tjeldsund kommune v/Anders Stormo
- Kommunelege I/driftsleder Alf Kristoffersen, her
- Forebyggende helse v/driftsleder Oddveig Nymo Dalbakk, her
- Omsorg Sør v/driftsleder Leif Hugo Hansen, her
- Omsorg Nord v/driftsleder Solgunn Sjøvoll, GBS, 9446 Grovfjord
- Skånland sykehjem, v/driftsleder Per Eivind Horn, Asphaugen 4, 9440 Evenskjer

Det er innkommet høringsuttalelse fra ETS fysioterapi, Forebyggende helse, Omsorg nord og Skånland sykehjem i Skånland kommune og Oppvekstavdelingen fra Tjeldsund kommune.

2 HJEMMEL

2.1 Lovgrunnlag

Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste for kommunene. Av relevante lover og avtaler kan nevnes:

- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om psykisk helsevern
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi
- ASA 4303 Driftstilskudd og takster
- ASA 4313 Avtale mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter etter lov om helsetjenesten i kommunene, herunder drift av selskap
- SGF 2302 Sentrale forbundsvise avtaler

Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) om drift av privat fysioterapivirksomhet er en del av den kommunale helsetjenesten, jf kommunehelsetjenesteloven kap. 4. Rammeavtalen er fremforhandlet av KS og NFF og regulerer de nærmere vilkår for avtaler mellom kommuner og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter om utførelse av fysioterapivirksomhet i den kommunale helsetjenesten. Formålet med rammeavtalen er å skape forutsigbare rammebetingelser i forholdet mellom den enkelte fysioterapeut og kommunen, og i forholdet mellom fysioterapeuter ved overføring av avtalehjemmel m.v.

De økonomiske vilkår knyttet til privat fysioterapivirksomhet med kommunal driftsavtale fremgår av egen avtale mellom staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund (ASA 4303) og reguleres ikke av rammeavtalen.

2.2 Overordnet målsetting

Kommunen har ansvaret for fysioterapitjenesten iht. Lov om helsetjenesten i kommunene. Tjenesten organiseres i samsvar med vedtatte kommunale og interkommunale planer for helsetjenesten. Folkehelseperspektivet skal være overordna og ivaretatt i all kommunal planlegging, jf. Folkehelseloven.

Kommunen skal i sin planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten tilstrebe en tilfredsstillende fysioterapidekning som skal innarbeides i godkjent helseplan. Kommunen bestemmer omfanget av privat fysioterapivirksomhet.

Felles mål for tjenestetilbudet:

- ETS kommune skal ha et mangfoldig og godt utbygget tjenestetilbud
- Tjenestenes omfang, innhold og kvalitet skal være tilpasset brukernes behov samtidig som hensynet til kommunens økonomiske handlefrihet ivaretas
- Tjenestetilbudet skal være likeverdig, tilgjengelig og effektivt organisert
- Kommunen skal ha god dialog med brukerne av kommunale tjenester
- Kommunen skal søke å bidra til at innbyggerne får et godt tjenestetilbud også utenfor områder med kommunalt driftsansvar, som blant annet industri/varehandel/privat virksomhet.

I St. meld. Nr 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted til rett tid" beskrives en ny fremtidig kommunerolle som sentral i forhold til å møte disse fremtidige utfordringene. I løsningsstrategien beskrevet i Samhandlingsreformen punkt 3.3.3 fremheves betydningen av at en ny fremtidig kommunerolle i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene som et av hovedgrepene. En slik fornyet kommunerolle, i kombinasjon med et sterkere fokus på pasientforløp, vil også legge til rette for å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)

Helsedirektoratet (2008/2009)

Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Hovedgrep 2: Ny fremtidig kommunerolle

Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Helsedirektoratet (2008/2009)

"Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus i denne stortingsmeldingen.

Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover."

Helsedirektoratet (2008/2009)(s.13)

"Et av de mest grunnleggende momenter i reformen er å gi kommunene en ny fremtidig rolle. Oppgavene som vurderes spenner fra økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander, og dermed unngå innleggelse på sykehus. Deler av disse oppgavene vil kreve kompetanse som gjør det naturlig for de minste kommunen å samarbeide med andre for å løse oppgavene. Ulike modeller for slikt samarbeid er omtalt andre steder i stortingsmeldingen, og en vil derfor her i hovedsak fokusere på de ledelsesmessige og organisatoriske utfordringene som kommunene uansett vil stå overfor. Utvikling av en ny kommunehelsetjeneste vil selvsagt sette store krav til kommunal organisering og ledelse, men gir da også mulighet for å utvikle kvalitetsmessige tjenester i lokalsamfunnet som vil tjene befolkningen på en rekke områder."

Helsedirektoratet (2008/2009)(s.139)

Samhandlingsreformens mål og strategier

Økt livskvalitet

Mestring

Helhetlige og koordinerte tjenester

Redusert behov for helsetjenester

Dempet vekst i bruk av sykehus

Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid

Satsing på habilitering og rehabilitering

Brukerinnflytelse

Avtalte behandlingsforløp

Forpliktende samarbeidsavtaler

En større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten.

3 PRIVAT OG OFFENTLIG FYSIOTERAPITJENESTE

3.1 Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunen

Det er prinsipielt to modeller for finansiering av fysioterapi i kommunen. Rikstrygdeverket yter tilskudd til begge modellene. Begge finansieres gjennom kommunale og statlige midler under betegnelsene ”privat praksis med driftstilskudd” og ”kommunefysioterapi”.

De økonomiske vilkår knyttet til privat fysioterapivirksomhet med kommunal driftsavtale fremgår av egen avtale mellom staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund (ASA 4303) og reguleres ikke av rammeavtalen.

Årsmeldinga viser at største prosentandel av alle pasienter som får fysioterapi på ETS fysioterapi bor i ETS kommuner. En mindre prosentandel av behandlinger på instituttet gis også til pasienter fra andre kommunen, jf. tabell under pkt 6.4. En kan også anta en viss prosentandel av ETS innbyggere benytter fysioterapeuter i andre kommuner som Harstad og Narvik. Det blir ikke foretatt internt oppgjør mellom kommunene for fysioterapibehandling, slik som for legebehandling. Det finnes heller ikke statistikk som viser om ETS kommunene tjener eller taper på dette.

Takstplakaten framkommer etter forhandlinger mellom Staten, Kommunenes sentralforbund og Norske Fysioterapeuters Forbund. Den fastslår hvor mye en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut får betalt for hver enkelt behandlingstype. Stortinget bestemmer hvor mye av dette som skal være pasientens egenandel. Helsedepartementet fastsetter gjennom forskrift hvilke sykdommer som gir rett til full eller delvis refusjon fra Rikstrygdeverket/NAV.

3.2 Privat praksis med driftstilskudd

Kommunen og fysioterapeuten kan inngå avtale om drift av privat praksis. Fysioterapeuten vil i dette tilfelle være selvstendig næringsdrivende og mottar et årlig driftstilskudd fra kommunen på p.t. kr. 356.820 pr år (pr.1. juli 2011) ved 100 % driftsavtale. En fysioterapeut med minst 40 % driftsavtale kan kreve refusjon fra Rikstrygdeverket etter takstplakaten, forutsatt at det foreligger henvisning fra lege. Kommunen må finansiere driftstilskuddet i forbindelse med avtale og eventuell opprettelse av nye avtaler. Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen

I ETS kommunene er det opprettet til sammen 5,2 driftsavtaler for fysioterapeut i privat praksis, fordelt på til sammen 9 fysioterapeuter. Disse utøver sin praksis i praksisfellesskapet på ETS fysioterapi, lokalisert på Skånland sykehjem. Ansvar for administrasjon/oppfølging av fysioterapiavtaler i privat praksis med driftstilskudd er organisatorisk plassert hos rådmannen i Skånland kommune.

3.3 Kommunefysioterapi

Kommunen kan også knytte fysioterapeuter til seg gjennom ordinær ansettelse i kommunal stilling. Rikstrygdeverket yter da refusjon for behandling hos fysioterapeut gjennom et

fastlønnstilskudd til kommunene, for tiden er dette beløpet kr 167.400 pr år per årsverk. Netto utgift for et årsverk fysioterapi er ca kr 296.000. Økt kapasitet innen fysioterapi gir imidlertid flere behandlinger, og utløser dermed økt statlig tilskudd ved antall refusjoner fra Rikstrygdeverket. Det er en forutsetning for fastlønnstilskuddet at fysioterapeuten ikke samtidig mottar driftstilskudd.

Skånland kommune har 0,5 stillingshjemmel for kommunefysioterapeut. Denne stillinga er organisert under Skånland sykehjem og vil etter folketrykkløven § 5-21 ikke være finansiert gjennom fastlønnstilskudd.

3.4 Fysioterapeuter uten driftsavtale

Fysioterapeuter kan fritt etablere praksis uten å inngå driftsavtale med kommunen.

Fysioterapeuten har da ikke rett til refusjon fra Rikstrygdeverket og det stilles heller ikke krav om henvisning fra lege, kiropraktor eller manuell terapeut. Pasienten må selv betale alle kostnader ved behandling hos fysioterapeut i privat praksis uten driftsavtale med kommunen. Per dato er det en slik praksis i Skånland kommune.

4 FYSIOTERAPIENS Plass INNENFOR KOMMUNEHELSE-TJENESTELOVENS FIRE HOVEDOMRÅDER

4.1 Diagnostisering og behandling

Fysioterapi er et selvstendig teoretisk og praktisk fag. Fysioterapeuten har selv ansvar for de tiltak han/hun velger, samt kontinuerlig å evaluere og dokumentere sitt arbeid. Å stille funksjonsdiagnoser er en integrert del i all fysioterapi. Henvisningssystemet gir mulighet for - og oppfordrer til tilbakemelding til henvisende instans for evt. justering/presisering eller diskusjon omkring diagnosen. Slik sett har fysioterapeutisk undersøkelse og vurdering av pasientens funksjon og helsetilstand stor betydning for behandling, habilitering og rehabilitering.

4.2 Habilitering og Rehabilitering

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 2, defineres habilitering og rehabilitering slik:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Habilitering og rehabilitering er et komplekst arbeidsfelt som fordrer samarbeid mellom mange yrkesprofesjoner. Fysioterapeutene spiller en sentral rolle i dette arbeidet.

En viktig del av fysioterapitjenesten innenfor pleie- og omsorg er å stimulere brukeren til mest mulig selvstendig funksjon. Utvikling av et behandlingsopplegg skjer i nært samarbeid med pleiepersonalet, bruker/pasient og pårørende og i tråd med brukers individuelle plan (IP). Et godt samarbeid med disse aktørene er nøkkelen til en vellykket gjennomføring av behandlingen.

Det er viktig at fysioterapeutene kan benyttes som veiledere i forflytning av pasienter. Dette forhindrer belastningsskader hos personalet, og bidrar til mer aktiv rehabilitering av pasientene.

Noen barn har store sammensatte hjelpebehov p.g.a. medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger. De har som regel et stort hjelpeapparat med mange ulike fagpersoner rundt seg. Fysioterapeutene vurderer barns motoriske ferdigheter og veileder barnas foresatte og andre berørte i behandling av disse barna. Det er viktig at fysioterapeutene kan delta ved utarbeidelse av individuelle planer, er med i ansvarsgrupper og deltar på andre samarbeidsmøter.

Det er en målsetting at fysioterapeuter i privat praksis og kommunefysioterapeuter behandler pasienter med behov for habilitering og rehabilitering. Fysioterapeutene på helsestasjonene koordinerer fysioterapitilbudet til barn under 18 år, mens de selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter koordinerer fysioterapitilbudet til voksne over 18 år med behov for et tverrfaglig rehabiliteringsopplegg.

4.3 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid omfatter tiltak for å bedre forutsetningene for god helse og tar sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet. Forebyggende arbeid innebærer tiltak for å fjerne eller redusere sykdom og skader, og rettes mot årsaker og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Helsefremmende og forebyggende arbeid overfor målgruppene må være basert på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Helsesektoren - som andre sektorer - kan ikke alene nærme seg målet om et helhetlig arbeid på dette feltet.”

Fysioterapeuter har kunnskap om den gjensidige påvirkningen mellom individ og miljø og om effekten av fysisk aktivitet på ulike kroppsfunksjoner. De har også kunnskap om forutsetninger for bevegelse, både når det gjelder faktorer knyttet til individet selv og faktorer i miljøet. Helsefremmende arbeid utføres derfor som en integrert del av fysioterapien, ikke minst gjennom kommunikasjon omkring hvordan man kan hindre tilbakefall eller forverringer av en tilstand.

Helsefremmende arbeid blant barn og unge står i en særstilling. De har ennå ikke etablert sine helsevaner og kan stimuleres i positiv retning med enkle tiltak.

Innenfor helsestasjonsvirksomheten vil fysioterapeuter bidra både med primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid. Informasjon til foreldre i barselgrupper, i barnehage og i forbindelse med konsultasjoner er en del av det primærforebyggende arbeidet. I tillegg gis det informasjon og veiledning til barnehagepersonale og andre yrkesgrupper som jobber med barn. Eksempler på sekundærforebyggende arbeid er rutinekontroller av premature og vurderinger av barns motoriske utvikling. Foreldre og andre samarbeidspartnere får også veiledning i forhold til stimulering av barns motorikk. I forhold til barn med store sammensatte hjelpebehov drives det tertiærforebyggende arbeid. Eksempler på dette er lungefysioterapi, vedlikeholdstrening og behandling for å opprettholde bevegelse.

4.4 Hvor og når kan privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale praktisere innenfor folketrygdens refusjonsordning?

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi (takstforskriften) definerer hvilke behandlingsformer som omfattes av refusjonsordningen. Vanligvis kommer pasienten til fysioterapeuten for å få behandling. Hvis pasienten ikke kan møte fram på fysioterapeutens praksissted på grunn av sin helsetilstand, kan fysioterapeuten reise til pasienten.

I flg. HELFO-rundskriv knyttet til folketrygdloven § 5-8 gir følgende ikke rett til refusjon:

- Behandling utført av fysioterapeut i bedriftshelsetjenesten
- Behandling av fengselsinnsatte
- Behandling av beboere i alders- og sykehjem (både korttids- og langtidsopphold)
- Behandling av pasienter som er innlagt i helseinstitusjon eller pasienter som behandles poliklinisk i helseinstitusjon.
- Forebyggende arbeid. Her nevnes to eksempler: undersøkelse av skoleelevers sittestilling og instruksjon i kroppsøvelse. Lenke til rundskrivet:

<http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/%C2%A7+5-8+-+Fysioterapeut.147928.cms>

Slik KS tolker regelverket går hovedskillet mellom to forhold:

1. Skillet mellom å bo i en institusjon eller ikke.

Trygderefusjon skal ikke utbetales for institusjonsbeboere. Dette gjelder:

- Personer som betaler vederlag til kommunen etter vederlagsforskriften, i hovedsak beboere i alders- og sykehjem
- Fengselsinnsatte
- Pasienter som enten er innlagt eller behandles poliklinisk i helseinstitusjon

2. Skillet mellom forebygging og behandling

Så lenge fysioterapeuten driver med behandlingsformer som omfattes av refusjonsordningen, kan fysioterapeuten utløse refusjon. Dette gjelder enten pasienten er på skolen, i barnehage, på helsestasjon, i andre kommunale lokaler eller hjemme. Unntaket er dersom pasienten oppholder seg på en institusjon slik dette er definert i punkt 1. Forebyggende arbeid utløser ikke refusjon fra trygden.

5 ULIKE BRUKERGRUPPERS BEHOV OG TILBUD

5.1 Innledning

Som man ser av kapittel 4, vil den samlede fysioterapitjeneste nå et vidt spekter av tjenester. Det er den enkeltes behov for tjenesten, og ikke faktorer som alder, økonomi eller hvor man bor som skal bestemme tilgangen på fysioterapi.

5.2 Barn

Barn blir henvist til fysioterapeut fra både helsesøstere, helsestasjonsleger, fastleger, skoler, foreldre, barnehager og spesialisthelsetjenesten.

Mange problemer knyttet til muskel-/skjelett og motorisk utvikling kan reduseres gjennom at det tidlig etableres kontakt med fysioterapeut. Barnefysioterapeutene har spesielt fokus på forutsetninger for selvstendig bevegelse og motorisk utvikling/læring. Viktige samarbeidspartnere er helsesøstere, helsestasjonsleger, spesialisthelsetjenesten, foreldre og ansatte i barnehager og skoler.

Barn som mottar fysioterapitjenester er oftest barn som har rett til koordinerte tjenester i form av individuell plan/ansvarsgruppe. Fysioterapeut er en naturlig del av en slik plan/gruppe, og kan bli tildelt oppgave som personlig koordinator for barnet og familien. Arbeide med individuell plan og deltagelse i ansvarsgruppe må beregnes å ta ekstra tid i tillegg til de ordinære fysioterapioppgavene.

5.2.1 Barn i førskolealder

Aktuelle problemstillinger hos barn i førskolealder kan være forsinket eller avvikende motorisk utvikling, skjevstillinger i nakke, føtter eller rygg, diverse syndromer og andre medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger. Oppfølgingen består hovedsakelig av undersøkelse/kartlegging av motorisk funksjon, bevegelse, styrke og utholdenhet og å gi veiledning til foreldre, barnehagepersonale, avlaster og andre nærpersoner. Noen får i perioder individuell behandling etter behov, men mulighetene for å gi individuell behandling er begrenset.

Hvor ofte barna har kontakt med fysioterapeut avhenger blant annet av funksjonsproblemenes art og alvorlighetsgrad, om tilstanden er stabil eller stadig skiftende, foreldres og andre nærpersoners ressurser/behov.

5.2.2 Barn i skolealder

Barn i skolealder med behov for fysioterapitjenester bør bli fanget opp av skolehelsetjenesten og bli deretter henvist videre til fysioterapibehandling.

Det kan være barn med neurologisk lidelse, ulike syndromer, forsinket motorisk utvikling og sjeldne diagnoser. Fysioterapi vil inngå som en del av oppfølgingsopplegget, og prosessene er ofte krevende.

Det er ønskelig at de privatpraktiserende fysioterapeutene påtar seg et større ansvar for barn i skolealder med sammensatte behov.

5.3 Voksne over 18 år og eldre

5.3.1 Tilbud i privat praksis med kommunal driftsavtale

En stor del av behovet for behandling i den voksne del av befolkningen dekkes av fysioterapeuter i privat praksis med kommunalt driftstilskudd. Pasientene blir henvist av sin fastlege til fysikalsk behandling. Kommunen har ikke statistikk som viser hvilke type lidelser disse behandles for. En antar det er kroniske lidelser som eks. arthroses, reumatologiske og nevrologiske diagnoser, kroniske nakke/rygg- syndromer og canser/lymfødem samt betennelses- og smertetilstander i muskel og skjelettsystemet.

Noen i denne gruppen vil også søke om hjelp hos fysioterapeuter uten driftstilskudd, bedriftshelsetjenesten, kiropraktorer og alternative behandlere. Det er likevel grunn til å tro at mange ikke får hjelp. Resultatet på sikt blir da ofte langvarige sykmeldinger.

Mange eldre kan ha behov for å få fysioterapi i hjemmet. Etter at kommunefysioterapi- stillingen ble inndratt, har denne delen vært prøvd å bli ivarettatt av de selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. I henhold til takstplakaten gis det mulighet for at selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kan drive hjemmebehandling.

5.4 Mennesker med psykiske og psykosomatiske lidelser

- Psykomotorisk fysioterapi er et spesialområde innen fysioterapi. I psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi behandles et bredt spekter av funksjonsproblemer - anspenhet, muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad som for eksempel spiseforstyrrelser, angst og depresjon. I tillegg henvises pasienter med kroniske smertetilstander, utbrenthet, slitasjelidelser i ledd, reumatiske lidelser samt astma og andre former for pustebesvær.

Denne kompetansen finnes i ETS kommuner og innehas av fysioterapeut i 0,20 driftsavtale på ETS fysioterapi.

6 VOLUM PÅ TJENESTEN I DAG

6.1 Driftsavtaler i privat praksis

Sted	t/pr. uke	årsverk	Ant. fysioterapeuter
ETS fysioterapi	187,2	5,2	9
Totalt	187,2	5,2	9
<i>Herav arbeid for kommunene</i>			
1. Skånland	1,44		1
2. Evenes	3,96		1
3. Tjeldsund	7,20		1
4. Generelt IP, ansvargr.	2,88		1
Totalt	15,48		4

6.2 Kommunefysioterapeuter

Enhet	Årsverk	Antall fysio terapeuter	Antall fys. i turnustjeneste
Skånland sykehjem	0,5	1	0
Totalt	0,5	1	0

6.3 Fysioterapidekning i forhold til andre kommuner i 2009:

Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere:

ETS	Gj.sn. 02	Gj.sn Troms	Gj.sn Nordland	Salangen	Ibestad	Lavangen
8,6	7,6	8,1	7,8	5,8	5,4	8,2

Som tabellene viser har ETS kommuner en større dekningsgrad for fysioterapitjenester enn gjennomsnitt for sammenlignbare kommuner. Kommunefysioterapeuten på Skånland sykehjem som er i en særavtale med kommunen, er ikke inkludert i tabell 6,3.

6.4 Ventetid for fysikalsk behandling

Tabellen nedenfor viser behandlinger i de ulike kommuner, andre kommuner, annet arbeid i kommunene og ventetid.

Terapeutene/ (antall behandlinger)	Evenes	Tjeldsund	Skånland	Sykehjem	Andre	Annet arbeid i kommunene	Vente- tid
Terapeut 1 (0,6)	168	254	753		26		0
Terapeut 2 (0,6)	231	127	883		68	41	0
Terapeut 3 (0,4)	64	38	206		20		0
Terapeut 4 (0,5)	257	493	840				0
Terapeut 5 (0,4+0,2)	576	134	995	x	27	49	0
Terapeut 6 (0,75)	590	273	960		215		0
Terapeut 7 (0,55)	148	88	683	x	179	60	0
Terapeut 8 (1,0)	210	1771	835	x			0
Terapeut 9 (0,2)	6	2	16		6		0
Kommunal stilling (50%)				x			

I følge tilbakemelding fra fysioterapeuter er det ikke registrert ventelister ved siste års rapportering.

6.5 Prioriteringer

Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale bør prioritere pasienter med kronisk lidelser og sykemeldte for å få dem raskest tilbake i jobb samt rehabilitering for at pasienten skal kunne bli boende lengst mulig i hjemmene sine. Disse bør ha felles prioriteringsliste ut fra diagnose. Kommunale fysioterapeuter bør prioritere forebyggende arbeid og behandling blant barn/unge samt på aldershjem og sykehjem.

6.6 Kompetanse

Fysioterapi til barn er et felt som krever utvidet kompetanse. Fysioterapiutdanningen gir bare begrenset opplæring innen dette feltet. Det er ønskelig fysioterapeuter tilknyttet alle tre kommuner har tilleggskompetanse innen fysioterapi for barn. Kommunen og fysioterapeuter har et felles ansvar for oppbygging og vedlikehold av kompetanse. For å møte framtidens behov for kompetanse, bør det derfor lages en felles kompetanseplan for fysioterapeuter i kommunene. Dette vil gjøre det mulig å etterspørre spesiell kompetanse ved utlysning av driftstilskudd eller stillinger.

7 KONKLUSJON

Planen skal bidra til å:

- Bedre beslutningsgrunnlag relatert til fysioterapitjenester
- Bedre koordinering og organisering
- Bedre oversikt over framtidig behov for fysioterapitjenester for ulike brukergrupper.
- Fordeling av kommunale oppgaver innenfor tjenesten.

Kommunene har samarbeidsavtale om fysioterapitjeneste i ETS. Det samarbeides om 5,2 driftsavtaler fordelt på 9 fysioterapeuter:

2 stk 20 % driftshjemler
1 stk 40 % driftshjemmel
1 stk 50 % driftshjemmel
1 stk 55 % driftshjemmel
1 stk 60 % driftshjemmel
1 stk 75 % driftshjemmel
2 stk 100 % driftshjemler (herav 1 vakant driftshjemmel)

Målsettinga for ETS fysioterapitjeneste er å ha en stabil dekning av fysioterapitjenester, bredt faglig miljø og en rimelig fordeling av fysioterapiressursene i regionen. Avtalen sier om hvor tjenesten skal være lokalisert, utgiftsfordeling mellom kommunene, tildeling av driftstilskudd og om oppgjør.

Avtalen som ble inngått mellom kommunene i 1999 er foreldet og må forhandles. Den må justeres etter dagens behov for driftstilskudd, kommunale stillinger, organisering, tilpliktning og kompetansebehov.

I henhold til ASA 4313 har kommunen ansvar for fysioterapitjenesten. Tjenesten skal organiseres i samsvar med vedtatte kommunale planer og interkommunale planer for helsetjenesten. Kommunen skal i sin planlegging, utbygging av drift av helsetjenesten tilstrebe en tilfredsstillende fysioterapidekning som innarbeides i godkjent helseplan. Kommunen bestemmer omfanget av privat fysioterapivirksomhet.

Fysioterapivirksomhet skal drives i henhold til lov om kommunehelsetjeneste og annen relevant lovgivning etter den plan for helsetjenesten som gjelder i kommunen og etter den driftsavtale som inngår. Fysioterapeutene skal utøve sin virksomhet i nært samarbeid med kommunens

øvrige helsepersonell. Brukere med særskilte behov skal sikres nødvendig helsehjelp. Kommunen kan i de tilfeller der kommunens fast tilsatte fysioterapeuter ikke dekker behovet, stille krav om at inntil 1/5 av avtalt tid for behandle virksomhet rettes mot brukere med særskilte behov (behandling i pasientens hjem, barnehage, skole).

Kommunen skal legge til rette for at kurative oppgaver utenfor instituttet kan gjennomføres effektivt og med kvalitet. Kommunen skal utarbeide retningslinjer for samarbeid og fordeling av pasienter mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter bla. ut fra kompetanse, praksisprofil, avtalevolum og geografi. Fordeling av brukerne skal skje i tråd med retningslinjene. Retningslinjene skal drøftes i samarbeidsutvalget før de fastsettes av kommunene.

Kommunen skal holde fysioterapeuter med driftsavtale orientert om planer av betydning for den kommunale fysioterapitjenesten. Orientering skal skje gjennom NFF's kontaktperson for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i kommunen, eller slik kommunen finner hensiktsmessig. Kommunene har opprettet samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av fysioterapitjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunens ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. De selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis i samsvar med de planer som er aktuelle for fysioterapitjenesten.

Det er nødvendig med godt samarbeid med selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter for å kunne gjennomføre tilplikting slik avtalen åpner opp for, spesielt sett i forhold til personer med særskilt behov, aldershjem, sykehjem, barnehage og skoler. Etter at kommunene trakk inn sine fastlønnede fysioterapistillinger, har det vært mindre fokus på forebyggende arbeid innenfor skole og barnehage, sykehjem/aldershjem.

Dersom kommunen skal få disse stillinger tilbake igjen og volumet totalt ikke skal økes, kan dette skje ved innløsning av ledige driftshjemler til fordel for kommunal tilsetting. Ved innløsning vil kommunene plikte å dekke det dokumenterte tap utøveren/eieren lider ved ikke å kunne selge inventar og utstyr. Ved en eventuell innløsning skal kommunen vurdere det samlede omfang av fysioterapitjenester sett i forhold til det totale helsetjenestetilbudet i kommunene og ta stilling til innløsning i rimelig tid. Ved innløsning i gruppepraksis skal uttalelse fra de øvrige i gruppepraksis foreligge før saken behandles endelig. Kommunen bør innhente uttalelse fra kontaktperson for de selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter før innløsning besluttes.

I henhold til avtaleverket, jf. ASA 4313, pkt 1.5 og 2.1 har ikke kommunen anledning til å pålegge selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter å organisere seg i en juridisk enhet. Avtaleverket legger opp til at selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kan organisere sin virksomhet i ulike selskapsformer som er kommunen uvedkommende og får således ingen betydning for fysioterapeutens rettigheter og plikter i forhold til kommunen og innbyggerne etter lover, forskrifter og avtaler. Fysioterapeuten(e)s eventuelle selskapsorganisering forplikter ikke kommunen til å inngå selskapsavtale. Individuell avtale er hovedregelen for organisering av fysioterapi som selvstendig næringsdrift. KS' erfaring er at kommunen får mindre innsyn og kontroll med selskap og tilsatte i selskap enn overfor institutter der utøverne har individuelle avtaler. Derfor anbefaler KS at det inngås individuelle avtaler, ikke avtaler med selskap.

8 FRAMTIDIG BEHOV

Det er ikke foretatt noen behovsundersøkelse i forhold til fysioterapitjeneste i kommunene. Det er ikke registrert ventelister på ETS fysioterapi etter siste års rapportering.

Fysioterapitjenesten bør ivaretas av kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter i driftsavtale. Fysioterapitjeneste bør organiseres på en slik måte at alle skoler har en fysioterapikontakt som kan benyttes til å delta i tilrettelegging av skolemiljø og til tilrettelagte aktiviteter for elever som har behov for det.

Personer med vektproblematikk har en økt helserisiko. Inaktivitet er også et økende problem i befolkningen. Det bør igangsettes et tverrfaglig tilbud hvor fysioterapeuter inngår sammen med andre som kan drive tilrettelagte aktiviteter, familierettet arbeid og kostveiledning til foreldre og barn.

Det er vanskelig å tallfeste behovet for fysioterapitjenester. Antall ”gjestepasienter” hos private fysioterapeuter er på ca 5,73 % av det totale behandlingstilbudet.

Ut fra ovenstående antar en at behov for fysioterapitjenester i ETS kommunene ikke avviker veldig mye fra sammenlignbare kommuner. Arbeidsgruppa foreslår at opprettinga av kommunale fysioterapistillinger sees i sammenheng med samhandlingsreformen. For ikke å øke tjenestevolumet i forhold til sammenlignbare kommuner, jf tabell under pkt 6.3, inndras 100 % vakant avtalehjemmel umiddelbart. I tillegg innløses 20 % avtalehjemmel fra 01.07.2012 slik at volumet reduseres totalt til 4,0. Det er ønskelig med geografisk spredning av fysioterapitilbudet, dvs ute i hjemmene og i skoler og barnehager i distriktene, jf. ASA 4313 pkt 4.

Samlokalisering av fysioterapitilbudet på ETS fysioterapi gir best tilgjengelighet for publikum, og er også fordelaktig med tanke på utveksling av fagkompetanse. Arbeidsgruppa tilrår derfor ikke å opprette nye driftstilskudd i solopraksiser.

9 VERTSKOMMUNEMODELL – STYRINGSMESSIGE FORDELER OG ULEMPER

Fysioterapitjenesten i ETS lokaliseres på Evenskjer med Skånland kommune som vertskommune, faglig organisert under forebyggende helse i Skånland kommune. Målsetting med denne organisering av tjenesten er bredt faglig miljø, kompetanseutveksling/heving, stabil dekning av fysioterapitjenester og en rimelig fordeling av fysioterapiressurser i ETS kommuner.

Nettodriftsutgiftene ved ordningen fordeles forholdsmessig mellom kommunene etter folketallet pr. 01.01. i regnskapsåret. Utgifter som vil inngå i fordelingen er inntil 4,2 driftstilskudd som nedjusteres til 4,0 fra 01.07.2012, honorar ved tilplikting, reiseutgifter, møtegodtgjørelse etc.

Fordeler:

- Total oversikt over tjenesten i ETS
- Positiv effekt av tjenesten
- Mindre sårbar – overlapping av andre terapeuter
- Større fagmiljø
- Breder kompetanse
- Kompetansen samlet på ett sted
- Lettere å rekruttere fagpersoner/spesialister
- Kostnader fordeles på tre kommuner
- Samordning og mer fokus på tjenesten
- Bedre samarbeid og fordeling av pasienter mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter bl.a. ut fra kompetanse, praksisprofil, avtalevolum og geografi.
- Enklere og lettere tilgang til informasjonsflyt mellom kommunen og tjenesten

Ulemper:

- Lengre reisevei for noen av pasientene
- Transportkostnadene for pasientene blir større (før oppnåelse av frikort)
- Reiseutgifter for fysioterapeutene blir større (kostnadsfordeling)

10 HANDLINGSPLAN

1. Ledig 1,0 avtalehjemmel innløses umiddelbart og ledig 0,2 avtalehjemmel innløses innen første halvår 2012. Sluttvolumet på avtalehjemler skal være nedjustert til 4,0 fra 01.07.2012.
2. Behandlingsfysioterapi etter takstplakaten til personer med særskilt behov tilpliktes gjennom driftstilskudd til alle 3 kommuner.
3. Individuelle avtaler reforhandles.
4. Avtalen mellom kommuner reforhandles.
5. Det utarbeides en samlet kompetanseplan for fysioterapeutene som skal være styrende for kompetansebehov ved utlysning.
6. Samarbeidsutvalg for fysioterapeuter og kommunene videreføres.
7. Kvaliteten av tjenesten for barn og unge kartlegges innen 2013.
8. Plan for fysioterapitjenesten sees i sammenheng med prosjekt for kommunesamarbeid og lokal medisinsk senter (Samhandlingsreformen).
9. Planen rulleres hvert 4 år.

Innsparingspotensiale driftstiltak (i 2012 kroner):

	Årsbeløp	Endring 2012	2012	2013	2014
Driftstilskudd:	353 800				
1.0 driftstilskudd		fra 01.05.	235 867	353 800	353 800
0,2 driftstilskudd		fra 01.07	35 380	70 760	70 760
Sum innsparinger			271 247	424 560	424 560

Evenskjer, den 03.10.2011

Gerd Larsen/sign.

Gunnar Bergvik/sign.

Eli Tyldum/sign.

Janne Nilssen/sign.